WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XII 1941 NUMER 4

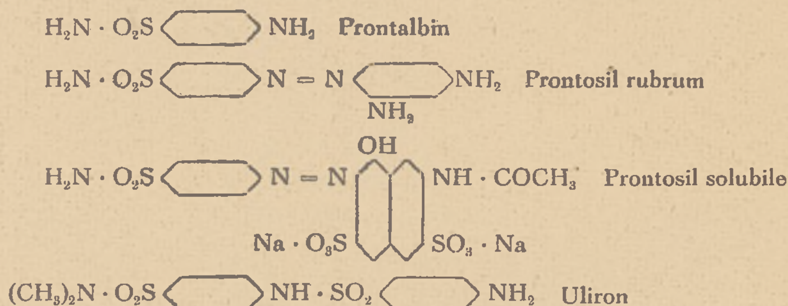
Dr A. v. DOMARUS, Berlin.

CHEMOTERAPIA CHORÓB ZAKAŹNYCH

(Referat podług Dtsch. med. Wschr. 1940, nr 8).

Nawet najsurowsza krytyka musi przyznać, że Prontosil podawany doustnie wpływa leczniczo na różę w stopniu silniejszym niż sposoby używane dotychczas. Natomiast doświadczenie kliniczne *v. Domarusa* (w endocarditis + sepis = 12% wszystkich schorzeń septycznych) zdaje się przeczyć możliwości polepszenia rokowania w prawdziwej posocznicy (paciorkowcowej) dzięki zastosowaniu Prontosilu, względnie podaje w wątpliwość, czy zakażenia wyleczone Prontosilem podpadają pod kryteria posocznicy. Aby jednak niczego nie zaniedbać, zarówno na oddziale *Domarusa* jak i w wielu innych klinikach podaje się niezwłocznie Prontosil w każdym przypadku posocznicy lub jej podejrzeniu. W przypadkach tego rodzaju nie należy oddawać się jednak bezzasadnemu optymizmowi, zaniedbując inne pewne sposoby, jak usunięcie ogniska septycznego, podwiązanie żyły w thrombophlebitis i t. p. Jak wynika ze spostrzeżeń *Domagka* przyczyna niepowodzenia chemoterapii w posocznicy leży prawdopodobnie w zbyt późnym zastosowaniu tego leczenia. W rozległych sprawach martwiczych, zakrzepach, lek nie dociera, jak się zdaje, w dostatecznej ilości do ogniska posoczniczego (endocarditis, thrombophlebitis, lymphangitis, jamy narządowe, jak macica, pęcherzyk żółciowy i t. p.). Pomyślniej przedstawia się rzecz w płonicy, szczególnie jeśli chodzi o zapobieganie chorobom następczym, oraz w innych chorobach wywołanych drobnoustrojami (meningokokowe zapalenie opon, zakażenia górnych dróg moczowych, zapalenia miedniczek nerkowych na tle zakażenia mieszanego). Również bardzo skuteczne jest leczenie krupowego zapalenia płuc przy pomocy sulfanilamidopirydyny. *v. Domarus* stwierdza również bardzo pomyślne wyniki stosowania Prontosilu w przewlekłym gośćcu zakaźnym. Działanie Prontosilu jest w tych przypadkach znacznie szybsze i pewniejsze niż leczenie złotowe. Prontosil jest wskazany również w niektórych zakażeniach ogniskowych. W stosowaniu doustnym Prontosil ru-

brum zdaje się wykazywać większe zalety od Prontalbiny. Dawka stosowana per os powinna wynosić u dorosłego około 2 g, domięśniowo 0,5 aż do najwyżej 0,75 g na dzień. W ciężkich przypadkach należy stosować raczej roztwór 5%-owy zamiast 2,5%-owego. W razie konieczności dłuższego stosowania duża dawka dozwolona jest jedynie na przeciąg 10 dni, w dalszym ciągu natomiast należy podawać 0,9 g per os i 0,25 g domięśniowo względnie podawać lek wyłącznie na drodze doustnej. Szczególną ostrożność należy zachować w przypadkach marskości nerek, również należy zwracać uwagę na możliwość wystąpienia uszkodzeń wątroby. W surowicy krwi można odróżnić bilirubinę od zabarwionych sulfamidów na podstawie ich różnej rozpuszczalności w chloroformie. Skład krwi, głównie zaś liczbę krwinek białych, należy kontrolować, zwłaszcza podczas leczenia sulfanilamidopirydyną.

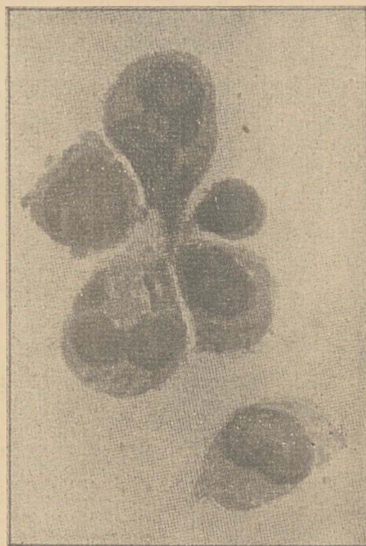


Doświadczalne podstawy chemoterapii zakażeń bakteryjnych przy pomocy sulfonamidów i ich pochodnych.

Prof. dr G. Domagk, (Referat podług Dtsch. med. Wschr. 1940, nr 8).

Jak stwierdzają doświadczenia, Prontosil wraz z innymi sulfonamidami uszkadza do tego stopnia zarazki chorobotwórcze, że mogą one być bez trudu unieszkodliwione przez ustrój, zdolny jeszcze do reakcji, w szczególności zaś przez jego komórki żerne. Niektóre spośród sulfonamidów dopiero w organizmie ulegają przeobrażeniu na ciała czynne. Tak więc warunkiem skutecznego działania sulfonamidów jest pewien stopień współdziałania ustroju. Dlatego też leczenie sulfonamidami powinno się rozpoczynać nie dopiero w chwili, gdy stan walczącego z zakażeniem chorego staje się całkowicie beznadziejny. W skutecznym leczeniu ważną rolę odgrywa również podawanie od samego początku dużych dawek, np. w pierwszych dniach zakażenia połogowego 6 — 12 tabletek Prontosilu po 0,3 g (w 3 dawkach dziennie co 6 — 8 godzin) oprócz tego 3 razy dziennie po 10 — 20 cm³ Prontosilu solubile (2,5%) domięśniowo. W świeżo powstałych rozległych martwicach (np. endocarditis lenta, w której drobnoustroje osiedlają się w martwiczych częściach słabo

ukrwionych zastawek sercowych) jak również w rozległych zakrzepach środek leczniczy nie może w dostatecznym stężeniu dosięgnąć ogniska chorobowego. Niecelowe jest podawanie w ciągu dłuższego czasu małych rozdrobnionych dawek. Skoro pomyślny wynik nie zaznacza się pomimo wydatnego leczenia przeprowadzanego w krótkich odstępach czasu, wtedy nie należy w ogóle kontynuować leczenia sulfanilamidami, ponieważ bądź-to nie wywiera się nim żadnego wpływu na zarazki, bądź też współpraca ze strony ustroju jest zbyt mała. W rzeżączce najbardziej celowym okazało się leczenie uderzeniowe, np. Uliron i Neo-Uliron w ciągu 3 — 4 dni 3 razy dziennie po 1 g. Po 8 — 10 dniach przerwy można w razie potrzeby zarządzić jeszcze jedno uderzenie ulironowe. U myszy bardzo zjadliwe paciorkowce hemolityczne powodują postępującą ropowicę z bardzo niewielkim odczynem leukocytarnym. Pod wpływem podskórnego albo domięśniowego wstrzyknięcia Prontosilu solubile zjawiają się w kanale wkłucia znaczne ilości krwinek białych, które odgradzają od otoczenia ognisko zakaźne i niszczą drobnoustroje chorobotwórcze. Analogicznie działają sulfanilamidy u zwierząt zakażonych beztlenowcami. Wczesne leczenie rozległych ran przy pomocy sulfanilamidów zapobiega najprawdopodobniej powstawaniu ciężkich zakażeń i dopomaga chirurgowi w skutecznym leczeniu, szczególnie w przypadkach, gdzie niemożliwym jest wczesne chirurgiczne potraktowanie rany. Krótkie leczenie sulfonamidami likwiduje częstokroć zakażenie jeszcze przed niezbędnym zabiegiem chirurgicznym i może niekiedy oszczędzić wykonania amputacji oraz związanego z nią okaleczenia. W zagrażającym niebezpieczeństwie zakażenia (zakażenie połogowe) można w ciągu 2—3 dni podawać zapobiegawczo Prontosil lub Uliron (w dawkach dziennych podobnych jak dla rzeżączki).



Fagocytoza laseczników zgorzeli gazowej Fränkla w wysięku z otrzewnej myszy leczonej skutecznie sulfanilamidami.

Chemiczne leczenie chorób zakaźnych w pediatrii.

Prof. dr H. Opitz, Berlin (Referat podług Dtsch. med. Wschr. 1940, nr 8).

Wyniki leczenia róży przy pomocy Prontosilu nie podlegają obecnie najmniejszym wątpliwościom. Podczas gdy dawniej śmiertelność najmłod-

szych osesków wynosiła około 70—90%, obecnie *Opitz* na 87 dzieci leczonych Prontosilem stwierdził 12 zejść śmiertelnych (=13,8% śmiertelności), w tej liczbie 11 zgonów (16,3%) pośród 61 osesków. Od 1937 roku nie zmarło (dzięki Prontosilowi) na różę ani jedno dziecko powyżej pierwszego roku życia, natomiast w okresie przed wprowadzeniem Prontosilu ginęło 10 na 16 dzieci. W płonicy dane piśmiennictwa są dotychczas sprzeczne. Aczkolwiek *Opitz* wstrzymuje się z tego powodu z wydaniem ostatecznej opinii, osobiście stwierdza jednak, że w septycznych postaciach płonicy nie spostrzegał żadnych wyników. Natomiast Prontosil ma znacznie skracać czas trwania zapalenia gruczołów chłonnych, przebiegającego z wysoką gorączką podczas nawrotu płonicy. Nieznaczne obrzmienia gruczołów ze stanami podgorączkowymi nie poddają się najprawdopodobniej jego wpływowi. W ropomoczu (50 osesków oraz 10 starszych dzieci) wynik leczenia Prontosilem był bardzo dobry. Na ogół jednak bakteriomocz (b. coli) był znacznie trudniejszym do leczenia od ropomoczu. Spośród 44 osesków 19 trzeba było wypisać z dodatnimi posiewami z moczu. Stosując nowe leki chemoterapeutyczne *Opitz* nie stwierdził żadnych wyników lub też bardzo niewielki skutek w posocznicy pochodzenia usznego, sekwestrujących zapaleniach zarodków zębów, zapaleniu opon na tle zakażenia lasecznikami grypy, paciorkowcami, pneumokokami i meningokokami. W zapaleniu płuc pomyślne wyniki przynosiło stosowanie pirydynowych połączeń sulfanilamidów.

W rzeżączkowym zapaleniu pochwy i sromu u dzieci wyniki stosowania Ulironu nie są tak zachęcające jak u dorosłych. W pomyślnych przypadkach osiąga się wyleczenie bez nawrotów w ciągu 6—7 tygodni, kiedy indziej znowu kuracja przeciąga się na wiele tygodni. Zamiast proponowanych początkowo wysokich dawek *Opitz* stosuje obecnie w ciągu 5 dni 3 razy po 0,5 g Ulironu oraz po 5-dniowej przerwie 2. lub 3. uderzenie.

Chemoterapia w neurologii.

Prof. dr M. de Crinis, Berlin (Referat podług Dtsch. med. Wschr. 1940, nr 8).

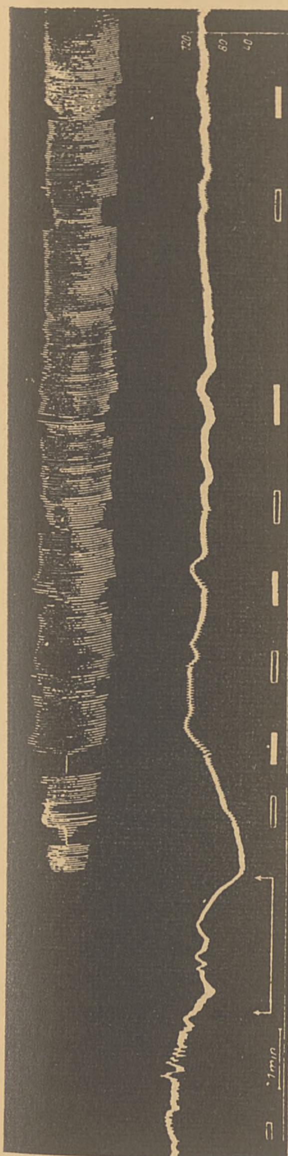
Zgodnie z doświadczeniem *de Crinis'a* w nagminnym zapaleniu opon mózgowych Uliron działa jeszcze pomyślniej od Prontosilu. W chwili obecnej nie można jeszcze wydać ostatecznego sądu, jednakowoż *de Crinis* osobiście poleca najzupełniej bezpieczne leczenie Ulironem w postaci 3-dniowego uderzenia ulironowego (13—15 tabletek). W zapaleniu mózgu i nagminnym zapaleniu opon mózgowych skutecznie działa również Trypaflavina, która w ostatnich czasach poszła może nieco w zapomnienie. Również heksametylentetramina dobrze działa w encephalitis i meningitis.

Prof. dr H. WEESE, I. G. Elberfeld.

MECHANIZM POWSTAWANIA NIEKTÓRYCH ZABURZEŃ W NARKOZIE PRZY ROPOWICY DNA JAMY USTNEJ

(Referat podług Zbl. Chir. 1939, nr 22).

Przy pomocy wstrzyknięcia oleju terpentynowego w okolicę rozwidlenia tętnicy szyjnej u psa można doprowadzić do wytworzenia się ropnia, będącego analogią ropowicy dna jamy ustnej u człowieka. W doświadczeniach tego rodzaju wprowadzenie zwierzęcia w uśpienie przy pomocy



Pies 22,5 kg. 4. V. 1938. Ropień dna jamy ustnej po wstrzyknięciu terpentyny.

↑ ↑ 60 mg Evipan-Na na kilogram dożylnie. Intubacja.

Ucisk na zdrowe rozgałęzienie tętnicy szyjnej.

Ucisk na ropień.

Górna krzywa: oddychanie (pelota Marey'a, mankiet na klatkę piersiową).

Dolna krzywa: (Manometr mierzący ciśnienie krwi w art. femoralis).

Ucisk palcem okolicy sinus caroticus po stronie zdrowej wywarty w ½ minuty od chwili zakończenia wstrzykiwania Evipanu nie ma prawie żadnego wpływu na częstość oddechów. Ucisk na ropień po stronie chorej doprowadza natomiast do nagłego zatrzymania oddechu z lekkim wtórnym wzrostem ciśnienia krwi. Powtórny ucisk na sinus caroticus po stronie zdrowej pozostaje w dalszym ciągu bez wpływu na oddychanie. Skoro następnie ucisnąć w podobny sposób sinus caroticus strony chorej po upływie 4 minut od zakończenia wstrzykiwania Evipan-Na, wówczas wpływ wywierany na oddychanie ogranicza się do minimum. Ciśnienie krwi wykazuje przelotne wahanie dodatnie w przeciwstawieniu do wahania ujemnego podczas ucisku na stronę zdrową. Podobnie po dalszych 3 minutach oraz w końcu po 11 minutach od chwili wstrzyknięcia Evipan-Natrium ucisk na ropień nie wywołuje już żadnych zmian ze strony częstości oddechu.

Evipan-Na nie pozwala początkowo stwierdzić objawów szczególnej nadwrażliwości, która by mogła tłumaczyć przypadki zgonów chorych na ropowicę dna jamy ustnej, będących w narkozie wywołanej Evipan-Na.



Pies 18,5 kg. 19. VII. 1938.

Enerwacja prawego sinus caroticus.

Ropień terpentynowy po stronie prawej.

↑ ↑ 60 mg Evipan-Na na kilogram wagi dożylnie, poza tym jak na rys. 1.

Jeżeli na tydzień przed wytworzeniem ropnia pozbawimy nerwów rozwidlenie tętnicy szyjnej po stronie ropnia, wtedy podczas wstrzykiwania Evipanu, a więc w chwili gdy ucisk na ropień doprowadzał dotychczas do dłuższego, niejednokrotnie śmiertelnego bezdechu, nie stwierdza się już żadnego odczynu po stronie pozbawionego nerwów sinus caroticus. Natomiast przy ucisku na stronę zdrową, z zachowanym nerwem, pojawia się zwiększona reakcja z sinus na oddychanie oraz ciśnienie krwi. Brak wszelkiego odczynu po stronie operowanej dowodzi, że opisane zatrzymanie oddechu dochodzi do skutku na tle odruchów wyzwalanych w sinus caroticus i przewodzonych drogą nerwową do ośrodka oddechowego.

Jeśli natychmiast po wstrzyknięciu Evipanu uciśniemy ropień, wówczas u psa pojawia się natychmiast zatrzymanie oddechu. Stan ten nie daje się usunąć ani środkami trzeźwiącymi ani też sztucznym oddychaniem. Skoro wywrzeć ucisk dopiero po 5 minutach od chwili wstrzyknięcia Evipanu, wówczas narkoza ma przebieg prawidłowy. Ucisk na sinus caroticus po stronie zdrowej, wywarty w $1/2$ minuty od zastosowania Evipanu, nie wywiera prawie żadnego wpływu, podczas gdy ucisk po stronie chorej sprowadza natychmiastowe zatrzymanie oddechu. Im później od

chwili wstrzyknięcia Evipanu zastosować ucisk, tym mniejszy jest jego wpływ na oddychanie. Gdy narkoza jest powierzchowna, wówczas ucisk na stronę chorą doprowadza do bezdechu z następczym przyspieszeniem oddychania oraz podwyższeniem ciśnienia krwi. Objawy powyższe stają się coraz słabsze w miarę oddalania się od chwili zastosowania Evipanu, można je jednak zawsze wywołać, jeśli narkoza jest powierzchowna. Podobnie jak Evipan zachowują się również inne barbituraty wzgl. Avertina wstrzyknięta dożylnie. Na powstanie ośrodkowego zahamowania oddechu składają się zatem: 1. ropowica dna jamy ustnej, 2. szybkie wprowadzenie środka narkotycznego, 3. bodziec wyzwalający, jak na przykład ucisk, pociąganie, opadnięcie szczęki lub nacięcie. Skoro u psa pozbawimy nerwów rozwidlenie tętnicy szyjnej, wówczas po wytworzeniu ropnia ucisk nie wywołuje już zaburzeń oddychania. Wynika stąd, że zahamowanie oddechu znajduje się w pewnej łączności z sinus caroticus, który może znacznie zwiększyć swą pobudliwość pod wpływem zapalenia tkanek otaczających. W ten sposób działanie sinus caroticus hamujące ośrodek oddechowy może ulec wybitnemu zwiększeniu; ośrodek oddechowy, otrzymujący bodziec również w fazie zwiększonej pobudliwości, odpowiada jeszcze bardziej wzmożonym zahamowaniem. Powolne ustępowanie odruchów zahamowania oddechu należałoby odnieść przede wszystkim do opóźnionej narkozy elementów nerwowych rozwidlenia tętnicy szyjnej. Proces zapalny może poprzez przekrwienie bierne, obrzęk i t. d. doprowadzić do jeszcze powolniejszego dopływu środka narkotycznego do tych okolic. Różnica w czasie potrzebnym do wywarcia efektu narkotycznego po stronie chorej i zdrowej jest tym większa, im odporniejszy na działanie narkotyku jest n. błędny oraz sinus caroticus. Najszybszą narkozę z nieznacznym tylko zahamowaniem pobudliwości nerwu błędnego uzyskuje się między innymi dożylnym stosowaniem chlorku etylu, natomiast eter wywołuje powoli narastające uśpienie z silniejszym zahamowaniem nerwu błędnego. Dlatego jest rzeczą zrozumiałą, że przy narkozie eterowej w ropowicy dna jamy ustnej spotykamy się rzadziej z zaburzeniami niż przy użyciu Evipanu-Na.

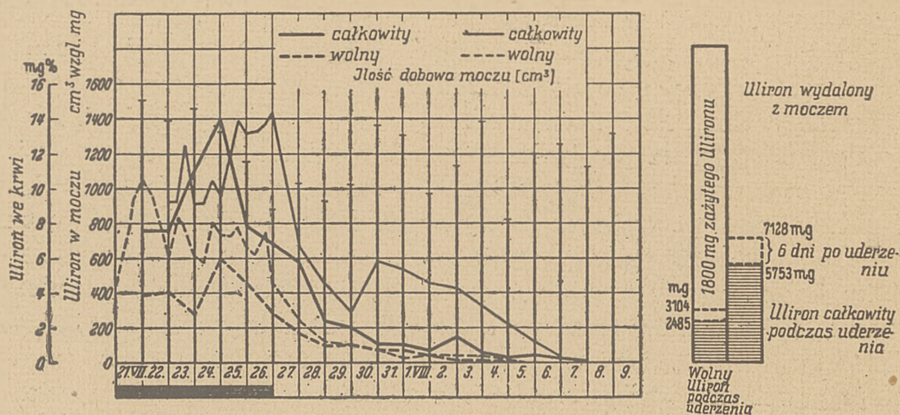
Przytoczone wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach nakazują na przyszłość powolne wstrzykiwanie leku, dzięki czemu uzyskuje się głębsze uśpienie, podczas którego rzeczywistej narkozie ulega również mechanizm odruchowy. Po wstrzyknięciu należy jeszcze odczekać kilka minut przed przystąpieniem do zabiegów w okolicy szyjnej. Już w czasie rozpoczynania uśpienia evipanowego należy podtrzymywać szczękę dolną, która opadając mogłaby wywołać przedwczesny ucisk na sinus caroticus. Przestrzegając powyższych reguł ostrożności nie można stwierdzić zasadniczych przeciwwskazań dla uśpienia Evipanem-Na w celu wykonania zabiegów chirurgicznych obejmujących sprawy zapalne gardła, dna jamy ustnej i t. p., aczkolwiek wskazaną jest tutaj bardzo daleko idąca ostrożność.

Dr H. FRANKE i dr A. BIRCH-HIRSCHFELD, Poliklinika Med. w Królewcu.

O WCHŁANIANIU I WYDALANIU ULIRONU

(Referat podług Klin. Wschr. 1939, nr 6).

U 15 rzeżączkowych chorych Kliniki Dermatologicznej, którzy byli leczeni uderzeniami ulironowymi i otrzymali w ciągu 6 dni po 3 g Ulironu (= 18 g) *), *Franke* i *Birch-Hirschfeld*, posługując się metodą *Hechta*, stwierdzili we krwi zawartość 4 — 6 mg % wolnego i 10 mg % całkowitego Ulironu. Wydalanie Ulironu wolnego względnie całkowitego wynosi podczas uderzenia 2,56 wzgl. 3,14 g. Skoro doliczymy do tego ilość Ulironu wydaloną w ciągu 6 dni po uderzeniu, wówczas otrzymamy wartość ogólną w ilości 7,134 g, co stanowi około 40% zażytej dawki. W stolcu wreszcie stwierdzić można 10—15 % przyjętego Ulironu.



Poziom Ulironu: widać, że od 2. — 3. dnia wartości całkowitego Ulironu znacznie przewyższają wartości wolnego Ulironu.

---

*) Obecnie mniejsze dawki, 12 g w ciągu 3—4 dni.

Dr K. E. VOGT, Klinika Wewn., Marburg.

DOLANTIN JAKO LEK PRZECIWBÓLOWY W CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH

(Referat podług Med. Klin. 1940, nr 23).

W chorobach wewnętrznych wystarcza zazwyczaj około 6 tabletek (= 150 mg) Dolantiny*) dla usunięcia lżejszych stanów bólowych; działanie zaznacza się po upływie 20—40 minut. Skoro jednak postępowanie powyższe pozostaje bez rezultatu, wówczas doustne podawanie leku nie jest celowe; lepiej wstrzyknąć podskórnie lub domięśniowo 50 mg Dolantiny (lub 100 mg); wyraźny wynik pojawia się już po 5—15 minutach. Powolne dożylne wstrzykiwanie Dolantiny, którą najlepiej jest rozcieńczyć 10 cm^3 10%-owego cukru gronowego lub 0,9%-owego roztworu NaCl, usuwa nawet najsilniejsze bóle. W średnio-ciężkich bólach poleca się stosowanie Dolantiny w czopkach po 100 mg, działających po upływie 20—40 minut. Przy wszelkich sposobach stosowania dolegliwości ustępują na przeciąg 3—4 godzin, rzadko na czas krótszy, częściej zaś na dłuższy okres. Na 100 przypadków nie stwierdzono ani razu, aby lek sprawił zupełny zawód. Szczególnie w chorobach przewodu pokarmowego (wrzód, ciężkie zapalenie żołądka) dawka 6 tabletek lub 3 razy po 1 czopku była szczególnie skuteczna i działała częstokroć znacznie lepiej niż atropina, która posiada nieprzyjemne wpływy uboczne, hamujące wydzielanie śliny oraz porażające akomodację. Podane dawki są dostateczne również w przewlekłym (niekamicowym) zapaleniu pęcherzyka żółciowego, nieżycie okrężnicy, gruźliczym zapaleniu otrzewnej. W kamicy żółciowej oraz ostrych zapaleniach pęcherzyka żółciowego najlepiej jest podawać 3 — 4 razy dziennie po 1 ampułce Dolantiny, podobnie w kurczowej niedrożności jelit, raku żołądka, jelit, pęcherzyka żółciowego lub wątroby. Również w kamicy nerkowej wstrzykuje się Dolantinę; przy wstrzykiwaniu dożylnym dolegliwości ustępują już w czasie wykonywania iniekcji. — W suchym zapaleniu opłucnej, zapaleniu płuc oraz gruźlicy płuc wstrzykiwanie Dolantiny przynosi wyraźne złagodzenie dolegliwości, bez większego wpływu na kaszel. W zapaleniu wielostawowym, zapaleniu wielonerwowym, nerwobólach, guzach mózgu i rdzenia, zakrzepach żył i in. natężenie bólu rozstrzyga o sposobie zastosowania Dolantiny, natomiast w bólach głowy spowodowanych przeziębieniem, zmianach w zatokach dodatkowych nosa, nadciśnieniu i zaburzeniach naczynioruchowych z reguły wystarcza wyłączne podawanie Dolantiny w tabletkach. Tolerancja Dolantiny jest bardzo dobra; jedynie w dwóch przypadkach utworzyły się nieznaczne podskórne zgrubienia w miejscu wstrzykiwania. Niekiedy również występowało uczucie pewnego znużenia, zawrotu gło-

*) Ester etylowy chlorowodorku kwasu 1-metyl-4-fenyl-piperydyno-4-karbonowego.

wy, senności, podobnie jak w oszołomieniu alkoholowym. Objawy te były jednak bardzo rzadkie i stwierdzano je dopiero po przekroczeniu dawki 50 mg (najczęściej pozajelitowo). Podobnie u bardzo nielicznych chorych doszło do potów, kołatania serca, nudności i wymiotów.

Dr Y. ISHIKAWA, Klin. Chir., Tokio.

DZIAŁANIE PRONTOSILU W RÓŻY

(Referat podług Med. Klin. 1939, nr 37).

U 27 chorych na różę próbował *Ishikawa* stosowania Prontosilu obok leczenia miejscowego przy pomocy 2% wody bornej oraz 1‰ Rivanolu (wzgl. emulsji chenopodium z Rivanolem). Dziennie podawano 3—6 tabletek Prontosilu; 15 chorych otrzymywało Prontosil solubile (codziennie 10 cm^3) domięśniowo, inni pacjenci byli leczeni obydwoma sposobami to zn. dziennie dostawali doustnie 3 — 6 tabletek oraz domięśniowo po 10 cm^3. Prontosil podawano aż do chwili ustąpienia gorączki wzgl. jeszcze przez kilka dalszych dni. Z porównania leczenia Prontosilem oraz innymi sposobami stwierdzono w 25 przypadkach bardzo znaczny wpływ Prontosilu na gorączkę.

	Stan bezgorączkowy po													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	dniach
Grupa leczona Prontosilem A*)	u 6	8	1	6	1	1							2	chorych
Grupa leczona Prontosilem B*)	„ 3	6	3	5	3	2		1					2	„
Bez Prontosilu		5	1	5	1	4	1	2		2	1	1	1	„

Szybsze ustępowanie gorączki pod wpływem Prontosilu było prawie zawsze połączone z równoczesną poprawą stanu podmiotowego. Również obrzęki i nacieki nieco prędzej znikały podczas leczenia Prontosilem, natomiast rumień tylko w nieznacznej części przypadków zdawał się szybciej ustępować niż u chorych nie leczonych Prontosilem. Bolesność uciskowa utrzymywała się w grupie leczonej Prontosilem nieomal równie długo jak i u leczonych wyłącznie Rivanolem i t. p. Z porównania wynika jednak, że niezwykle szybkie zwalczanie gorączki oraz wyraźny wpływ polepszający samopoczucie chorych czyni Prontosil środkiem bardzo wartościowym w leczeniu róży.

*) A = czas od rozpoczęcia leczenia Prontosilem.
B = czas od chwili przyjęcia do kliniki aż do spadku gorączki.

Prof. dr FR. BERING, Klinika Dermatologiczna w Kolonii, i in.

CZY I KIEDY SUROWICZODODATNIA KIŁA UTAJONA WYMAGA LECZENIA?

(Referat podług Med. Welt 1940, nr 9—12).

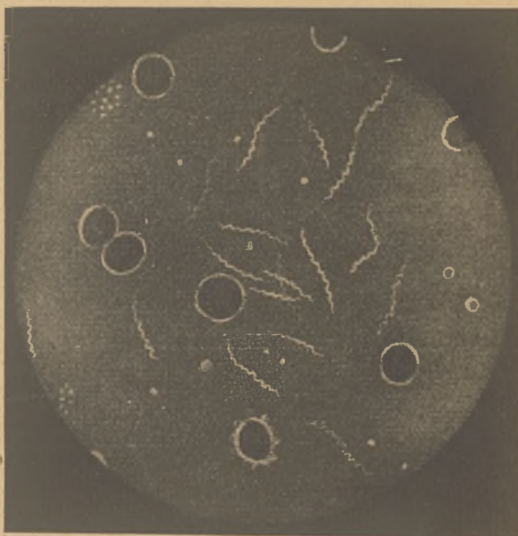
W kile utajonej, należy w zależności od zmian narządowych (centralny układ nerwowy, serce, wątroba), zastosować leczenie zimnicą, jodem, bizmutem, Salvarsanem lub decoctum Zittmanni. Należy dokładnie ustalić rozpoznanie. W zaburzeniach neurologicznych nie zawsze ujemny odczyn WR przemawia przeciwko kile, podobnie jak dodatni odczyn przejaśnienia Meinickego, nie poparty danymi klinicznymi, nie decyduje jeszcze o rozpoznaniu tej jednostki chorobowej. Chorych młodych należy leczyć. Natomiast nie podlegają leczeniu chorzy w wieku podeszłym, u których stwierdziliśmy kiłę utajoną; w przypadkach tego rodzaju — np. w nie postępującym wiądzie rdzenia — leczenie mogłoby nawet przynieść pogorszenie. U chorych w średnim wieku należy przeprowadzić energiczne leczenie salvarsanowo-bizmutowe (rozpoczynając od bizmutu). W kile wrodzonej, przebiegającej wyłącznie z dodatnimi odczynami w surowicy krwi, nie należy leczyć w ciągu dłuższego czasu, pomimo że nie zawsze udaje się uzyskać pojawienie się ujemnych odczynów serologicznych.

Engelhardt (Klinika Dermatologiczna, Tübingen) zaleca lekarzowi stosowanie się do schematu i przeprowadzanie u każdego luetyka w 1. roku 3 i w 2. roku 2 kuracji bez względu na to, czy odczyn WR stał się ujemnym. Skoro u dostatecznie leczonego pacjenta nie stwierdza się żadnych objawów klinicznych poza dodatnim odczynem WR, wówczas mają wystarczać coroczne badania kontrolne bez przeprowadzania leczenia swoistego. Jeśli przypadkowo stwierdza się dodatni odczyn WR we krwi, wówczas należy wykonać badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i w razie pozytywnego wyniku przeprowadzić leczenie zimnicą + Salvarsan + bizmut. Jeżeli u osobnika powyżej lat 50 znajdziemy jako jedyny objaw dodatni odczyn WR, wówczas można powstrzymać się od leczenia.

Hämel (Klinika Dermatologiczna w Jenie) jest zdania, że jednorazowo stwierdzony odczyn WR bez dodatkowych objawów klinicznych (bez poprzedniego leczenia, w wypadku gdy chory nic nie wie o zakażeniu) nie usprawiedliwia jeszcze zapoczątkowania leczenia swoistego. Skoro natomiast przy wielokrotnych badaniach odczyn pozostaje dodatni, wówczas należy uznać istnienie kiły i przeprowadzić odpowiednie leczenie. W przypadkach, które przechodziły już leczenie przeciwkiłowe, pojawienie się dodatniego odczynu WR należy traktować jako oznakę istniejącej choro-

by, wymagającej leczenia. *Hämel* sądzi, że dodatni odczyn WR nie daje się usunąć jedynie w bardzo nielicznych przypadkach. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Weimarze, pomiędzy 15 000 chorych na kiłę znalazło się tylko 17 (=0,11%) takich, u których nie można było zmienić dodatniego odczynu WR. Również w kile wrodzonej dzięki wczesnemu leczeniu można uzyskać również ujemny odczyn WR. W przypadkach, w których rzeczywiście nie można wpłynąć przy pomocy 4—5 kuracji na dodatni odczyn WR, należy zaprzestać leczenia (i nie zabraniać pacjentowi na ewentualne wstąpienie w związki małżeńskie).

Hauck (Klinika Dermatologiczna w Erlangen) doradza we wczesnych okresach kiły starać się zawsze osiągnąć ujemny odczyn WR. Skoro cel ten nie zostaje osiągnięty po 3—4 kuracjach salvarsanowo-bizmutowych, wówczas należy zarządzić jeszcze 2 kuracje, o ile płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazuje odchyleń od stanu prawidłowego. W razie zmian patologicznych w płynie, wypada przeprowadzić leczenie zimnicą z następczą kuracją salvarsanowo - bizmutową. Jeśli w kile surowiczododatniej przeprowadzono leczenie przed szeregiem lat, należy leczyć zależnie od stanu płynu mózgowo-rdzeniowego, szczepiąc zimnicę lub stosując 2 — 3 kuracji salvarsanowo - bizmutowych. W kile utajonej, nie leczonej dotychczas, wskazanym jest przeprowadzić 5 — 6 kuracji skojarzonych. U chorych powyżej lat 60 po stwierdzeniu kiły utajonej nie należy leczyć Salvarsanem a posługiwać się wyłącznie bizmutem.



Spirochaete pallida w polu zaciemnionym (pow. 600-krotne) podł. *Kowarskiego.*

Hoede (Klinika Dermatologiczna w Würzburgu) poleca 3—5 kuracji w przypadkowo stwierdzonej kile, która dotychczas nie była jeszcze leczona. Jeśli poprzednie leczenie było nie wystarczające, należy dodać jeszcze 2 — 3 kuracje. W zapaleniu tętnicy głównej, kiłowych schorzeniach serca lub wątroby należy zawsze rozpocząć od stosowania jodu. Gdy uprzednie leczenie okazuje się wystarczające, należy powstrzymać się od dalszej kuracji mimo dodatniego odczynu WR; natomiast zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym stanowią wskazanie do leczenia gorączką lub też próbnego zastosowania Salvarsanu.

Krantz (Klinika Dermatologiczna w Getyndze) rozstrzyga zagadnienie leczenia kiły utajonej w zależności od wieku oraz rozmiarów poprzedniego leczenia. U pacjenta chorego na kiłę od 10 — 15 lat, nie leczonego lub leczonego w sposób niedostateczny, należy najczęściej zdecydować się na rozpoczęcie leczenia, podobnie zresztą jak i u osobników młodych lub u ciężarnych. Natomiast u ludzi w wieku podeszłym częstokroć nie podejmuje się leczenia w ogóle.

Mayr (Klinika Dermatologiczna w Monachium) stwierdza, że kiła rozpoznana stosunkowo późno — brana częstokroć za kiłę wrodzoną — przebiega stale z dodatnim odczynem WR, nie zmieniającym się pomimo kuracji salvarsanowo-bizmutowych. To też skoro 5 — 6 kuracji nie wywrze tu żadnego efektu, wówczas nie można przywiązywać nadziei do leczenia tego rodzaju, które może okazać się nawet szkodliwym. Jednak należy jeszcze spróbować kuracji rtęcią.

Moncorps (Münster) jest zwolennikiem leczenia chorych z dodatnim odczynem WR bez jakichkolwiek innych objawów. Zdaniem jego do kuracji swoistej szczególnie nadają się przypadki kiły nabytej, które dotychczas nie były leczone w sposób wystarczający. Kiła wrodzona, leczona uprzednio w sposób dostateczny, nie powinna podlegać dalszemu leczeniu, pomimo dodatniego odczynu WR, na który na razie nie można wywrzeć żadnego wpływu. Około 30. roku życia odczyn WR staje się wówczas ujemnym sam przez się.

Schönfeld (Heidelberg) z reguły leczy utajoną kiłę wczesną z dodatnim odczynem WR. W kile późnej natomiast dodatni odczyn WR bez innych objawów nie jest wskazaniem do leczenia; dołączenie się zapalenia tętnicy głównej i innych nakazuje rozpocząć leczenie, wszakże nie odrazu od Salvarsanu; patrz *Hoede*.

Schreus (Düsseldorf) uważa, że kiłę należy leczyć tak długo, dopóki nie można uznać jej za całkowicie wyleczoną; mimo tego jednak przestrzega on przed przecenianiem odczynów surowiczych.

Schubert (Klinika Dermatologiczna w Frankfurcie n. Menem) leczy kiłę utajoną również przy pomocy Salvarsanu z bizmutem: dodatni odczyn WR jako jedyny objaw u chorego, nie wiedzącego nic o swym zakażeniu kiłowym, nie stanowi jeszcze o rozpoczęciu leczenia. *Schultze* (Klinika Dermatologiczna w Giessen) jest również tego samego zdania.

Vonkennel (Kilonia) w przypadkach lues seropositiva non curata leczy Neosalvarsanem (do 7 g) + Casbis lub inne połączenie bizmutowe. U chorego powyżej lat 50 z lues latens seropositiva curata można właściwie poniechać wszelkiego leczenia.

Dr DOROTHY G. E. POTTER, Hon. Physician to the Royal Bath Hospital, Harrogate.

NOVALGINA W LECZENIU PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA STAWÓW

(Referat podług Medical Press and Circular 1934, t. 188).

Do niedawna stosowano prawie wyłącznie przetwory salicylowe w celu łagodzenia bólów towarzyszących ostrym i przewlekłym zapaleniom stawów. Wciąż jeszcze salicylan sodu uważany jest przez wielu jako lek swoisty przeciwko ostremu gośćcowi. Natomiast w gośćcu przewlekłym podawanie salicylanu sodu pozostaje bez skutku a nawet pociąga za sobą pewne niepożądane następstwa. Tak więc zaostrzenia bólów mogą wprawdzie łagodnieć pod wpływem salicylanu sodowego lub Aspiryny, natomiast w leczeniu przypadków bardziej przewlekłych dawki kwasu salicylowego, niezbędne do wystarczającego działania, mogą wywołać zaburzenia słuchowe lub żołądkowe.

Novalgina, pochodna pyrazolonu, w porównaniu z przetworami salicylowymi odznacza się pewnymi zaletami, szczególnie jeśli chodzi o bezgorączkowe postacie zapalenia stawów, jak również gośćcowe zapalenia stawów przebiegające z przemijającą gorączką lub przypadki, w których „odczuwa się w kościach zmiany pogody". Novalgina wywiera najczęściej pożądany skutek, nie wywołując przy tym szumu w uszach lub zgagi, na które to objawy uskarżają się chorzy przyjmujący podobne dawki salicylanów. Pacjenci z nadkwaśnością niejednokrotnie nie są w stanie znieść leczniczych dawek salicylanu sodowego mimo jednoczesnego zażywania dwuwęglanu sodowego; tłumaczy się to uwalnianiem kwasu salicylowego przez kwas solny żołądka, co prowadzi do dyspepsji. Pomimo bardzo częstego stosowania Novalginy w szpitalu kąpieliska w Harrogate, tylko u jednej pacjentki stwierdzono dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Chora ta cierpiała na fibrositis oraz thyreotoxicosis. Po czterodniowym stosowaniu 3 razy dziennie po 0,3 g salicylanu sodowego zaczęła uskarżać się na dolegliwości dyspeptyczne, wobec czego zastosowano leczenie Novalginą. Po upływie kilku dni pojawiły się podobne dolegliwości jak pod wpływem salicylanu sodowego.

U ludzi z prawidłowym narządem słuchu dolegliwości pojawiające się pod wpływem salicylanów w postaci upośledzenia słuchu i szumu w uszach są bez znaczenia, ponieważ ustępują natychmiast po odstawieniu leku; natomiast nie można podawać salicylanów w przypadkach z przebytą chorobą uszu, która pozostawiła po sobie upośledzenie słuchu, nawet lekkiego stopnia. Ilustruje to następujący przykład:

Przed niespełna 6 laty wyłuszczono migdałki 30-letniej pannie X, która zapadała często na anginę. Słuch miała zupełnie dobry, na uszy nigdy nie chorowała. Po operacji chirurg przepisał 3 razy dziennie po 1,2 g kwasu salicylowego. Po dwóch dniach wystąpiła całkowita głuchota, wobec czego lekarstwo odstawiono. Słuch wprawdzie wkrótce powrócił, jednakowoż w mniej więcej 9 miesięcy później pacjentka zauważyła ponowne pogorszenie. Otiatra stwierdził objawy rozpoczynającej się otosklerozy. Po upływie dalszych sześciu miesięcy pojawił się szum w uszach a słuch zaczął pogarszać się z każdym dniem.

Najprawdopodobniej przetwór salicylowy nie miał żadnego związku z rozpoczęciem się otosklerozy a także nie wiadomo czy zapalenie migdałków przyczyniło się do jej rozwoju; — bądź co bądź jest jednak faktem, że w chwili obecnej pacjentka nie jest w stanie zażyć nawet 0,3 g kwasu salicylowego, bez następczego przemijającego upośledzenia słuchu i zwiększonego szumu w uszach. Ta sama chora natomiast znosi zupełnie dobrze 0,6 g Novalginy i nie ma zaburzeń ze strony słuchu.

Novalgina w porównaniu z salicylanami bardzo pomyślnie wpływa na gorączkę w przewlekłym zapaleniu stawów. W stałej gorączce, nie oddziałującej na salicylany, zastąpiono je Novalginą, która jest skuteczna nawet tam, gdzie zawodzą inne środki, np.:

Pani S., lat 46, cierpi od szeregu lat na gośćcowe zapalenie stawów; usunięto wszystkie zęby. Po przybyciu do szpitala poddano ją dokładnym badaniom co do obecności ogniska septycznego. Stwierdzono obecność paciorkowca zieleniejącego, wobec czego przeprowadzono leczenie przy pomocy autoszczepionki. W sześć miesięcy później przyjęta do szpitala po raz drugi; zapalenie stawów nie uległo poprawie, natomiast badanie stolca wykazało, że obecnie przeważają pałeczki okrężnicy, obok których znaleziono niewielkie ilości streptococcus fecalis. Wstrzyknięto ponad 50 milionów szczepionki T. A. B. Wieczorem ciepłota ciała podniosła się w zwykły sposób; w dalszym ciągu gorączka i bóle w stawach utrzymywały się. Wobec tego chorej zaczęto podawać 3 razy dziennie po 0,6 salicylanu sodowego, który pomimo 7-dniowego przyjmowania nie wpłynął na dalsze wahania ciepłoty ciała. W osiemnaście dni od zastosowania szczepionki T. A. B. podano 3 razy dziennie po jednej tabletce Novalginy. Wieczorem dnia następnego ciepłota powróciła do stanu prawidłowego.

W przewlekłym zapaleniu stawów bóle posiadają częstokroć zmienne nasilenie; ponieważ większość spostrzeganych chorych otrzymywała również leczenie kąpielami, przeto częstokroć napotykano na trudności przy ocenie przeciwbólowego działania Novalginy w porównaniu z salicylami. Aspiryna zdaje się wywierać na pacjentów pewne działanie uspokajające, ponieważ po dawce 0,6 Aspiryny śpią oni lepiej niż po tej samej dawce Novalginy.

Nigdy nie spostrzegano po podaniu Novalginy niemiarowości serca, kołatania serca lub złego samopoczucia. Chorzy, którzy zażywając przetwory salicylowe cierpieli na zgagę lub zaburzenia trawienne, mogli przyjmować Novalginę bez jakichkolwiek objawów ubocznych. Najczęściej Novalgina okazuje się znacznie skuteczniejszą od salicylanu sodowego, posiadając nad nim jeszcze tę przewagę, że może być używana również jako lek znieczulający do wstrzykiwań w roztworze 50%-owym.

Gorączka gruźlików

Pyramidoni 0,3—0,4 }
Novalgini 0,6—0,8 } pro die

Novalgini 0,9 }
Luminali 0,08 } pro die

Novalgini 1,2
Pyramidoni 0,3
Sacch. lact. 1,0
Div. in part. aeq. III s. V 3—5 pro die

Pyramidoni 0,4
Novalgini 2,0
Div. i. p. aeq. III

Pyramidoni 0,3
Novalgini 3,0
Tct. amar. 1,0
Sir. spl. 10,0
Aq. dest. ad 100,0

Uśmierzanie bólów

Pyramidoni 0,3
Novalgini 0,5

Tct. anisi 2,0
Aq. dest. ad 100,0
3—4 razy dz. po 1 łyż. od herb.

Arthritis rheumatica

Aspirini 0,3
Novalgini 0,6
Cod. phosp. 0,01

Novalgini 1,0—3,0
Sir. simpl. 20,0
Tct. aurant. 1,0
Aq. dest. ad. 100,0
idem

Silnie swędzące choroby skóry

Novalgini 3,0
Zinc. ox. c. amyl. 7,0
Aqu. s. glycerini 9,0
Pasta: 2—3 razy dz. smarować

Dorośli:
Novalgini 3,0—5,0
Mixt. solv. ad 200,0
Co 2 godz. łyżkę stoł.

Choroby z przeziębienia

Pediatria

Novalgini 1,0—3,0
Sir. spl. 20,0

Cod. phosph. 0,1—0,2
Novalgini 3,0—5,0
Aq. amygd. am. 2,0
Aq. dest. ad 20,0
Co 2 godz. po 20 kropli.

Dr GEHR, Berlin (Arch. Schiffs- und Tropenhyg. 1940, nr 2); **J. LAPPE** (Westf. Heimat, 1933); dr **OBERDÖRFFER**, Leprozorium, Chiengmai-Siam (Derm. Wschr. 1939, nr 52) i in.

TRĄD

Trąd jest znaną od dawna chorobą zakaźną, o której znaleźć można dość szczupłe dane w piśmiennictwie greckim i rzymskim. We wczesnym średniowieczu straszne to cierpienie panuje wśród wszystkich szczepów niemieckich, wśród Franków, Longobardów i Gotów. Jak podaje *Pipin (757)*, u Franków trąd jednego z małżonków stanowił powód

do rozwodu, nie uznawany wprawdzie przez kościół. W 11. wieku oraz w okresie wojen krzyżowych wzmogła się znacznie liczba zachorowań na trąd. Specjalny zakon Rycerzy Łazarza poświęcił się doglądaniu trędowatych. W 13. wieku zaraza osiągnęła szczyt swego nasilenia, aby stopniowo wygasnąć pod koniec 16. wieku. Świętymi patronami trędowatych, chroniącymi i ratującymi od choroby byli *Hiob* i *Łazarz*, którzy sami cierpieli na trąd; również *św. Jerzy* lub *św. Grzela* mieli wspomagać tych nieszczęśliwych. W Kolonii czczono jakoby świętego *Lupusa* jako patrona obrońcę. Wielu świętych położyło za życia zasługi około pielęgnowania trędowatych. Szczególnie odznaczyła się na tym polu *św. Elżbieta*. Również i *Edward Wyznawca* troszczył się o biednych trędowatych, przede wszystkim zaś *św. Marcin*. Dlatego też wiele miast, jak Olpe, Sendenhorst, Lorch, Bingen, Ems i in. posiada wizerunek tego świętego w swych herbach. Zdobi on również katedrę w Moguncji. Każdy, kto zapragnął stać się świętym, pokonywał swą odrazę przed tą ohydną chorobą i usiłował zasłużyć sobie na niebo przez ofiarne pielęgnowanie chorych. Tak więc podają, że *Adolf*, 28. biskup Osnabrücku własnoręcznie pielęgnował pewnego chorego w pobliżu Fürstenau. Otoczenie biskupa ze zrozumiałych względów nie patrzyło na to przychylnie i wkrótce usunęło chorego, prawdopodobnie w sposób radykalny, gdyż przy najbliższych odwiedzinach trędowaty ukazał się biskupowi jaśniejąc w orszaku niebieskim.



Elżbieta turyngijska u trędowatych
(podług Burgkmaira 1473—1531)

W Dolnych Niemczech nazywano chorobę „arme seyke lüde" albo z francuska malade Melate lub też czerpiąc nazwę z łacińskiego, misellus = godny pożałowania. Ponieważ trędowaci przebywali odcięci od innych ludzi przeto nazywano ich również chorującymi w polu.

Tysiącami zaczęły wznosić się leprosoria, maladreria, malanteria i meselleria w Niemczech, Francji, Hszpanii i wszędzie tam, gdzie chciano chorych pielęgnować lub też, co bardziej trafne, uwolnić się od nich. Ostatecznie każde wielkie miasto posiadło z czasem swój własny przytułek dla



Obfitująca w saponiny colocasia esculenta będąca niegdyś głównym pożywieniem na Nowej Zelandii, wyparta z czasem przez ziemniaki; równocześnie z nią ustąpił trąd. (Gehr, Arch. Schiffs- u. Trophyg. 1940, Nr 2)

trędowatych. Mistrzowie z leprozorium, np. w Kolonii, uznawali mieszkańców za zdrowych lub chorych. Chory otrzymywał grzechotkę i miał prawo żebrać. Ostatecznie stał się on plagą kraju. Zbrodniarze, dla których trąd był tylko pozorem, kryli się w szatach trędowatych. Najradykalniej zagadnienie to rozwiązał *Filip Piękny* każąc palić każdego schwytanego.

„Zmarłymi" byli trędowaci już od chwili, gdy usunięto ich ze społeczności ludzkiej. Dlatego też uznanie kogoś za trędowatego odbywało się w wielu miejscowościach na sposób podobny do święta umarłych. Domy dla trędowatych powstały we Francji już w 6. wieku; liczba ich natomiast wzrosła bardzo znacznie w okresie wojen krzyżowych, kiedy to zaraza rozpowszechniła się w zastraszający sposób. Leprosoria znajdowały się zazwyczaj na krańcach miasta. Od swych patronów nosiły one nazwy szpitali św. Rocha, św. Grzeli lub św. Łazarza. Ponieważ, jak już powiedziano, domy te leżały zazwyczaj daleko poza miastem, istniały dla ich mieszkańców możliwości uprawy roli, to też wkrótce zaczęły powstawać leprozoria, które obok właściwego domu mieszkalnego posiadały zabudowania gospodarcze, piekarnie, obory dla krów i nierogacizny. W miarę zachowanej zdolności do pracy zmuszeni byli trędowaci do pomagania w zasiewach, żniwach i młóceniu. Do gospodarstw tego rodzaju przyjmowano bezpłatnie wyłącznie ubogich; w Soest obowiązywało prawo, że bogaty musiał przynieść z sobą tyle, aby wystarczyło na całkowite utrzymanie do końca życia. Z chwilą śmierci zamożnego cały ten dobytek przypadał w udziale leprozorium, nie zaś jakimkolwiek innym spadkobiercom. W leprozorium w Soest obowiązywała nawet ogólna zasada, że majątek wniesiony przez każdego z trędowatych stanowi dobro ogółu. Dopiero w okresie, kiedy zaraza zaczęła powoli wygasać, dozwalano trędowatym dobierać sobie w celach pielęgnacji lub małżeńskich jakąś starszą osobę, po której nie można już było oczekiwać potomstwa. Również i matce wolno było pielęgnować swe dzieci, pomimo że była ona wolna od zarazy; natomiast w dawniejszych stuleciach przestrzegano bardzo surowo odosobnienia; w ten sposób chory był na zawsze wyłączony z pożycia małżeńskiego. Jedynie w przypadkach, w których obydwoje małżonków chorowało na

trąd, mogli oni kontynuować swe pożycie w leprozorium, ponieważ choroba nie była dziedziczna. Jak głoszą księgi kościelne parafii św. Mikołaja w Rüthen (1681, 1696) dozwolone były również małżeństwa pomiędzy trędowatymi „leprosa cum leproso". Kierownictwo leprozorium znajdowało się w rękach prowizora czyli opiekuna, zwanego również panem trędowatych. Dość dziwaczne musiały być stosunki w tych domach, to też zarządzenia w Paderborn (1390) wzywają chorych, aby w leprozoriach zachowywali się spokojnie i posłusznie; żaden z chorych nie powinien starać się rządzić drugim, wszyscy zaś powinni sobie świadczyć wzajemne usługi jak bracia i siostry, ktoby zaś nie chciał zastosować się do powyższego zostanie pozbawiony beneficjum.



Przybycie trędowatego do leprozorium (12 w.)

Jest znaną rzeczą, że z powodu pewnych korzyści również i zdrowi ludzie podawali się za chorych w bogato urządzonych leprozoriach; dlatego też każdy zgłaszający się chory był przed przyjęciem poddawany badaniu lub też musiał dostarczyć świadectwa trądu. Tak więc rada miasta Paderborn w r. 1545 wysłała pewnego podejrzanego kandydata do leprozorium w Soest z prośbą o zbadanie i wydanie opinii o stanie jego zdrowia. Przeciwko decyzji można było wnieść odwołanie, przy czym jako najwyższy autorytet uchodziła w takich przypadkach ocena mistrza leprozorium w Kolonii.



Św. Marcin i trędowaty podł. *Pietro del Donzello*



Św. Marcin podł. *M. Schongauera* 1445—1491

Kto mógł się wykazać listem wystawionym po tego rodzaju oględzinach miał zapewniony konwój i mógł z łatwością uzyskać przyjęcie do leprozorium. W ten sposób trędowaci utworzyli pewnego rodzaju cech, który miał na celu trzymać zdala zdrowych, pragnących wziąć udział w korzyściach, to zn. w częstokroć gnuśnym życiu swych członków. Nawet książęta popierali te dążenia trędowatych. Tak na przykład *książę Wilhelm* z Cleve wydał w roku 1560 rozporządzenie o trędowatych, w którym zwraca się uwagę urzędników, aby aresztowali „żebraków wolnych od wykwitów skórnych a pozorujących trąd". Również i w kościele posiadali trędowaci swe oddzielne miejsca, do których przedostawali się przez boczne drzwi. Rozdział od zdrowych był tak wielki, że nawet na cmentarzu nie tolerowano zmarłych na trąd. Ostatecznie postanowiono pozbyć się ich również z kościołów wznosząc na polach specjalne kaplice, dokoła których powstały również cmentarze dla trędowatych.

Obecnie większość tych kaplic zniknęła, podobnie jak i domy dla trędowatych; tylko w niektórych miejscowościach budowle te zostały zachowane; tak więc szpital św. Rocha w Telgte powstał prawdopodobnie z leprozorium. Większość leprozoriów jednak została zburzona, ponieważ stanowiły one schronienie dla najprzeróżniejszych mętów. Obecnie tylko pewne nazwy miejscowości zdają się wskazywać na dawne straszne czasy. Na koniec jeszcze wymaga wyjaśnienia, w jaki sposób wyginęła ta straszna choroba, nazwana również „chorobą brudu". Czyżby do zaniku jej przyczyniła się większa czystość cielesna ludzi, którzy jednak poprawili swe warunki higieniczne dopiero w długi czas po ustąpieniu trądu? Czyżby wszystko zależało od bliżej nie określonego „genius epidemicus"? Czyżby epidemie przychodziły i ustępowały zależnie od swego kaprysu?



Kąkol podług Lonicera (Frankfurt 1531), który z niewyjaśnionych powodów jest określany przez lud jako roślina diabła.

Nie dawno *Gehr* wygłosił tezę, że w związku z pojawieniem się i zniknięciem epidemii trądu w Europie może stać kąkol, ze względu na swą zawartość saponin. Przyjmuje on, że wytępienie kąkoli i uwolnienie mąki, z której wypieka się chleb, od domieszki kąkolu przyczyniło się znacznie do zmniejszenia skłonności do trądu w Europie. Gdyby tego rodzaju oryginalna teza — stosunek zawartości saponin w pożywieniu do częstości trądu *(Oberdörffer)* — miała odpowiadać rzeczywistości, wówczas należałoby dowieść, że toksyny saponinowe są w stanie zwiększyć wrażliwość względem trądu. *Oberdörffer* przypuszcza, iż sapotoksyny uszkadzają nadnercza, co daje się dowieść również w doświadczeniu na zwierzętach. W Indiach oraz w Syjamie stwierdza się łagodne postacie trądu w tych okolicach, gdzie pożywienie zawiera mało sapotoksyn (colocasia), ciężkie zaś schorzenia widuje się tam, gdzie spożywa się względnie dużo tych trucizn. Trąd można również bez trudu przenieść na małpy uczulone uprzednio pożywieniem zawierającym dużo sapotoksyn. Oczywiście nie posiadamy jeszcze bezpośredniego dowodu dla hipotezy, stawiającej trąd w ścisłym związku z zawartością sapotoksyn w pożywieniu (i związanego z tym uszkodzenia nadnerczy) jednak w świetle przytoczonych faktów teoria powyższa nabiera wiele cech prawdopodobieństwa.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie ostrego kataru przy pomocy wstrzykiwań witaminy C.

Biorąc za punkt wyjścia doniesienie *R. Korbscha* (St. Elisabeth-Krh., Oberhausen; Med. Kl. 1938, nr 45) przeprowadziłem na sobie oraz na swoich znajomych szereg doświadczeń, w których miałem możność przekonania się o niezwykle pomyślnym wpływie wysokich dawek witaminy C, wstrzykiwanych w przypadkach ostrego kataru nosa. W pierwszych objawach rhinitis acuta podawałem większości chorych w jednej dawce 0,5 g witaminy C pro die dożylnie, co odpowiada 1 ampułce po 5 ccm Cantanu „forte". W ten sposób w pewnej części przypadków uzyskałem zupełne przerwanie kataru, w części zaś stwierdziłem znaczne skrócenie przebiegu, podczas którego ulegały wybitnemu złagodzeniu nieprzyjemne objawy uboczne, głównie zaś przykre palenie i drapanie w gardle, uczucie łaskotania w nosie z silnym podrażnieniem do kichania, zmęczenie, odurzenie wzgl. bóle głowy. Prawie wszystkie objawy ustępowały najczęściej w ciągu jednego dnia. Opryszczka wargowa, która pojawiała się u mnie zawsze w 4 — 6 dni od początku kataru nie powtórzyła się od tej pory nigdy. Niekiedy byłem zmuszony powtórzyć zastrzyk w dniu następnym. Również i doustne podawanie witaminy C zdaje się być skuteczne, nie dorównuje jednak szybkiemu i wypróbowanemu działaniu wstrzykiwań dożylnych. Niezbędne są duże dawki. Pewnemu choremu, który wzbraniał się przed wstrzykiwaniem dożylnym, podałem z pomyślnym skutkiem doustnie 1 g Cantanu pro die. Poza witaminą C nie stosowano żadnego innego leczenia. Nigdy nie spostrzegałem jakichkolwiek działań ubocznych.

Dr Moorkamp, Sorau.

(Ther. Ber. 1940 z. 2)

Łańcuch kinetyczny — zaburzenia napięcia mięśni i choroby stawów — zagadnienie gośćca.

„Każde podrażnienie wywołuje ból, w następstwie bólu powstaje skurcz, trwały zaś skurcz powoduje przykurcz, nie ma zaś przykurczu bez zaniku mięśni. W ten sposób powoli dochodzi do zaniku stawu z nieczynności, torebka i więzadła ulegają zbliznowaceniu i tracą swą elastyczność. Ostatecznym wynikiem jest włóknista lub kostna ankyloza stawu". Trwały skurcz najlepiej i najbezpieczniej usuwa się przy pomocy Novocainy, która znosi nadmierne napięcie mięśniowe nawet w złamaniach kostnych i zwichnięciach. Wolno wstrzyknąć do 150 cm³ $^1/_2$%-owego roztworu Novocainy i to bez dodatku adrenaliny, skoro życzymy sobie osiągnąć istotne działanie przeciwtoniczne.

Sztuczny „wodniak novocainowy" wytwarzamy w razie potrzeby dość często w pobliżu stawu.

Prof. dr E. Payr, Lipsk.

(Münch. med. Wsch. 1939, Nr 41)

Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowych u dzieci doustnym podawaniem Prontosilu.

W latach 1936 — 1939 leczono 110 dzieci chorych na meningokokowe zapalenie opon mózgowych; w tej liczbie 39 otrzymywało Prontalbinę oraz 19

Prontalbinę + surowicę + Prontosil solubile. Spośród 39 dzieci leczonych drogą doustną uratowano 31; przeciętna dawka wynosiła 115 — 145 tabletek po 0,3 g.

Dr T. Hoppe,
Friedrich-Kkhs., Berlin.
(D. M. W. 1939, 30)

Spostrzeżenia nad występowaniem i morfologicznymi odrębnościami krętków bladych w wykwitach skórnych u dzieci z kiłą wrodzoną.

U nie leczonych dzieci z kiłą wrodzoną można stwierdzić w 90 — 100 % obecność krętków bladych w sztucznie wywołanych pęcherzach skórnych powstających w miejscu świeżych wykwitów grudkowych. Krętki znaleźć można również w błonie śluzowej nosa i spojówek. *Skljar* oddaje pierwszeństwo badaniu płynu spojówkowego; dopiero w tych przypadkach, gdzie nie można znaleźć krętków w płynie spojówkowym, należy przeprowadzić badanie płynu wydobywającego się pod wpływem podrażnienia z grudek skórnych. Na żywotność krętków nie wpływa zupełnie (poprzez mleko) wstrzyknięcie matce Neosalvarsanu (0,1 — 0,2). Natomiast w następstwie wstrzyknięcia oseskowi 0,03 g Salvarsanu (0,01 na kg) zmniejsza się ilość krętków już w ciągu najbliższych 4 godzin. Podczas gdy przed wstrzyknięciem stwierdzało się 8 — 10 krętków w polu widzenia, wkrótce znaleźć można ich tylko do 4, wreszcie w 7 godzin po wstrzyknięciu Neosalvarsanu prawie wcale nie można stwierdzić obecności żyjących krętków; natomiast w płynie spojówkowym znajduje się ich jeszcze do 3 w polu widzenia. W 18 godzin krętki znikają zupełnie zarówno z grudek jak i z płynu spojówkowego. Ze względu na obecność licznych krętków w skórze oseskόw w kile wrodzonej *Skljar* zaleca personelowi pielęgniarskiemu zachowywanie dużej ostrożności.

Prof. dr Skljar,
Komisarz Szpitala Zdrowia w Moskwie.
(Wien. med. Wo. 1939, Nr 48)

Zależność pomiędzy laktacją a inwolucją macicy.

W warunkach prawidłowych laktacja i inwolucja macicy stoją w ścisłym związku wzajemnym. Tak więc podług *Mahlkego* akt ssania ma odruchowo wywoływać zanik macicy kobiety w połogu. Klinika położnicza odnosi wrażenie, że zanik macicy tym łatwiej dochodzi do skutku, im lepsza była laktacja. Wrażenie powyższe jest jeszcze bardziej ugruntowane wynikami badań 500 położnic. We wszystkich przypadkach potwierdziło się, że czynność gruczołów mlecznych idzie najzupełniej równolegle ze zwijaniem się macicy. Tam gdzie czynność gruczołów mlecznych była niedostateczna (jedynie częściowe karmienie) również i macica ulegała znacznie powolniejszemu zanikowi. W rzadkich przypadkach, w których laktacja w ogóle nie doszła do skutku, macica zgodnie z oczekiwaniem zwijała się również bardzo powoli.

Dr Mahlke,
Klinika Kobieca w Królewcu.)
(Ztrbl. Gyn. 1939, Nr 51

Przyczynek do leczenia witaminą B_1 podczas ciąży.

Pewna 30-letnia ciężarna (2. miesiąc) z uporczywymi wymiotami ciężarnych oraz rwą kulszową otrzymuje codziennie Betaxinę (= witamina B_1) w postaci wstrzykiwań po 2 mg. Po 5 — 6 wstrzykiwaniach występuje znaczne zmniejszenie się wymiotów, po 12 wstrzykiwaniach wymioty i rwa kulszowa ustępują całkowicie. — Pewna 28-letnia ciężarna, która już 4 razy roniła z powodu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, jest w 6. tygodniu ciąży i otrzymuje z powodu wymiotów Betaxinę (20 wstrzykiwań—po 2 mg dziennie). Wynik jest dobry i istnieje uzasadniona nadzieja, że ciążę uda się utrzymać.

Dr L. Nissim,
(Rev. de Obst., Gin. Puericultura 1939, Nr 1)

Leczenie Torantilem tocznia rumieniowatego.

Pewna 35-letnia kobieta, która z powodu tocznia rumieniowatego była 3-krotnie leczona ze zmiennym skutkiem przy pomocy wstrzykiwań złota, otrzymała w ciągu 10 dni codziennie po 1 wstrzyknięciu Torantilu. Od tego czasu zmiany skórne ustąpiły zupełnie. Również 2. chory z lupus erythematodes doznał bardzo wyraźnej poprawy pod wpływem leczenia Torantilem.

Dr Chr. Doukas,
Evangelismos - Ateny.
(Derm. Wschr. 1939, Nr 27)

Odtruwanie ołowiu.

Trujące własności ołowiu (cerussa) mogą być obniżone do połowy przez sól sodową kwasu 8-oksychinolinowo-5-sulfonowego. Jak wynika z dalszych doświadczeń na królikach, toksyczność ołowiu może być jeszcze wybitniej obniżona przez wyciąg wątrobowy Campolon. Campolon sam przez się działa równie silnie jak oksychinolinosulfonian sodowy. Natomiast dzięki połączeniu pochodnych chinoliny z Campolonem toksyczność ołowiu obniża się do 1/7. Campolon działa przede wszystkim przeciwko niedokrwistości, pochodne chinoliny zwiększają wydzielanie ołowiu.

Prof. dr Hesse,
Lab. Med., Wrocław.
(Klin. Wschr. 1940, Nr 5)

Agranulocytoza i witamina C.

U pewnej kobiety z agranulocytozą zaznaczyła się poprawa pod wpływem witaminy C; gdy w dwa lata później ta sama pacjentka przyjmowała lek przeciwbólowy, pochodny pyrazolonu i kwasu barbiturowego, wówczas pojawiła się angina połączona z zanikiem granulocytów. Ponownie witamina C okazała się lekiem ratującym życie, podobnie jak i u pewnego mężczyzny, który całymi latami przyjmował duże ilości przetworów salicylowych i pyrazolonowych, zapadając wreszcie na agranulocytozę (krwinek białych 3000 bez granulocytów).

Ostatecznie chory został uratowany dzięki podaniu 1 g i później 0,5 g witaminy C (dożylnie). Ogółem chory ten otrzymał 23½ g C. Również w dalszych 4 przypadkach agranulocytozy bardzo skutecznym okazało się zastosowanie witaminy C. *Kalk* zaleca zapobiegawcze leczenie witaminą C w znaczniejszym zmniejszeniu się liczby krwinek białych.

Dr H. Kalk,
H. Wessel-Krhs., Berlin.
(D. M. W. 1939, Nr 44)

Uzdolnienie dzieci i rodziców. Różnice pomiędzy dziewczynkami a chłopcami.

O uzdolnieniach dzieci w stosunku do rodziców nie dawno opublikowano następujące dane:

„Statystyka obejmująca 2675 par rodzicielskich oraz 10071 dzieci, sporządzona przez nauczycieli pracujących ponad 30 lat na jednym i tym samym miejscu, przyniosła następujący wynik:

Jeśli oboje rodziców jest słabo uzdolnionych, wówczas 5,4% dzieci posiada dobre zdolności, średnie w 34,4% i złe w 60,1%; para uzdolnionych rodziców posiada zdolne dzieci w 71,5% średnio

zdolne w 25,4% oraz niezdolne w 3%. Skoro więc oboje rodziców pochodzi z uzdolnionych rodzin, wówczas można wyciągnąć wniosek, graniczący z pewnością, że potomstwo będzie uzdolnione".

Różnorodne uzdolnienie dzieci w zależności od płci uwydatnia się w statystyce pochodzącej z Bawarii i obejmującej przeszło 1 milion dzieci. Wnioski jakie można wyciągnąć z tej statystyki są następujące:

„Chłopcy posiadają przewagę nad dziewczętami w zakresie następujących czynności: 1. zdolności pojmowania, 2. zdolności stylistycznych, 3. porównawczego naśladownictwa oraz rachunkowego i matematycznego myślenia, 4. żwawego sposobu pracy i szybkiej reakcji podczas pracy. Dziewczęta górują nad chłopcami: 1. na polu pamięci, zdolności spostrzegawczych odnośnie liczb i figur jak również 2. słownego odtwarzania zdań, układania zdań, układania uzupełnień oraz rozumnego naśladownictwa; 3. na polu formułek, staranności w pracach pisemnych oraz w robotach ręcznych najróżnorodniejszej natury".

Dr Hasebroek, Hamburg.

(Med. Welt 1940, Nr 3)

Wiek a układ gruczołów wkrewnych.

Obecnie żyje się przeciętnie 60 — 70 lat, możnaby jednak na pewno osiągnąć nawet 100 lat gdyby... tak, gdyby. Jednakże stwierdzone zostało, jakoby istnieli ludzie żyjący 140, 160 a nawet 180 lat. W roku 1902 żyło w Niemczech 778 ludzi mających powyżej 100 lat, w Serbii było ich 575, w Hiszpanii 401, w Francji 216, w Anglii 145, w Szkocji 46, w Norwegii 23 oraz w Szwecji 10. W Rosji w roku 1897 pomiędzy jednym milionem ludzi znaleźć można było 46 takich, którzy przekroczyli setny rok życia, natomiast w 1926 roku żyło w Rosji 29562 ludzi w wieku powyżej 100 lat (w tej liczbie 1½ razy więcej kobiet niż mężczyzn). Winę tego, że nie wszyscy ludzie dochodzą do tego imponującego wieku, ponosi zdaniem *Schereschewskiego* zmieniona czynność układu gruczołów wkrewnych. *Schereschewskij* rozróżnia 4 typy starzenia się (niedoczynność tarczycy, wyniszczenie przysadkowe, eunuchoidyzm, zaburzenia nadnerczy). Leczenie tarczycą, przysadką i gruczołami płciowymi ma zwalczać objawy starości i zapewniać długie życie.

Prof. dr Schereschewskij,
Moskwa.

(Z. ärztl. Fortb. 1940, Nr 6)

O leczeniu padaczki hipertonicznymi roztworami bromku sodowego.

Łącznie z stosowaniem Luminalu próbuje *Priessnitz* osiągać pomyślne wyniki w leczeniu padaczki dożylnymi wstrzykiwaniami 10%-owego roztworu bromku sodowego. Sposób ten powiódł się u wielu chorych. Dochodzi do dalszego zmniejszenia się liczby napadów oraz poprawy stanu dementywnego. *Priessnitz* przypuszcza, że NaBr działa uspokajająco, przede wszystkim zaś „odwadniająco" na komórki zwojów nerwowych. Efekt działania NaBr nie utrzymuje się trwale i ulega osłabieniu; również pod wpływem częstych wstrzykiwań ulegają zniszczeniu żyły.

Dr O. Priessnitz,
Zakład leczniczy Troppau.

(Psych.-neurol. Wschr. 1940, Nr 7)

Płonica.

W szpitalu Grove podzielono 417 chorych płoniczych na 4 grupy:

1. Grupa: zwykłe leczenie
2. Grupa: Prontosil solubile i Prontosil rubrum
3. Grupa: surowica płonicza
4. Grupa: Prontosil rubrum i Prontosil solubile oraz surowica

Prontosil nie wywiera znaczniejszego

wpływu na czas trwania rozpoczynającej się toksemii. Odnośnie do powikłań najlepsze wyniki zanotowano w grupie Prontosilu i antytoksyn, najgorsze zaś wyniki stwierdzono przy zwykłym leczeniu. U leczonych Prontosilem paciorkowce hemolizujące zdawały się znacznie szybciej znikać z rozmazów pobranych z nalotów na migdałkach.

Dr J. S. Anderson,
Society of Med. off. of Health.
(Lct. 1939, Nr 6024)

Pluskwy jako przenosicielki chorób.

Wielokrotnie pomawia się pluskwy o przenoszenie chorób zakaźnych, nie zawsze jednak pogląd ten może być uzasadniony. Dlatego też ciekawy jest krytyczny przegląd odpowiedniego piśmiennictwa, przeprowadzony obecnie przez instytut tropikalny w Hamburgu. Jak się okazuje, choroby pasożytnicze (filariasis i in.) nie są przenoszone przez pluskwy. Spośród chorób wiciowcowych jedynie zarazek schizotrypanum cruzi może być przenoszony przez pluskwy. W przenoszeniu leishmanii pluskwy nie odgrywają prawdopodobnie większego znaczenia; dokładniejszego zbadania wymaga jeszcze pytanie, czy pluskwy posiadają w ogóle jakiekolwiek znaczenie przy przenoszeniu pasożytów chorób tropikalnych (kala-azar). Jedyna możliwość nastręczałaby się podczas rozgniatania zakażonych pluskiew. W tych okolicznościach mogłaby ulegać przenoszeniu również gorączka powrotna, wszakże *Zumpt* odmawia pluskwom wszelkiego znaczenia w przenoszeniu gorączki powrotnej; również nie przenoszą pluskwy żółtaczki *Weila.* — Dżuma może być w pewnych okolicznościach przenoszona przez pluskwy, natomiast jest rzeczą wątpliwą, czy pasożyty te mogą przyczyniać się do przenoszenia trądu. Wąglik mógłby być przenoszony jedynie przez rozgniatanie pluskiew. B. tularenze i gronkowce mają być niekiedy rozpowszechniane przez pluskwy, podczas gdy paratyfus nie ulega przenoszeniu podczas aktu ssania. Dla duru plamistego (Rickettsia prowazeki) pluskwa nie ma żadnego znaczenia, jedynie wesz odzieżowa. Z chorób zakaźnych, zapalenie istoty szarej rdzenia nie jest przenoszone przez pluskwy, żółta gorączka natomiast przenosi się przez rozgniatanie (nie przez akt ssania). *Zumpt* dochodzi do uderzającego wniosku, że pluskwa posiada jedynie bardzo małe znaczenie w przenoszeniu chorób.

Dr Zumpt,
Instytut tropikalny w Hamburgu.
(Ztbl. Bakt. 1940, t. 136 R)

Błędne rozpoznanie cukrzycy.

Często na podstawie dodatniego wyniku prób *Trommera, Fehlinga* lub *Nylandra* rozpoznaje się cukrzycę, która w rzeczywistości nie istnieje w danym przypadku. Dodatni wynik wymienionych prób dowodzi wyłącznie obecności w moczu ciał redukujących. Tak więc może wypadać dodatnio nieswoista próba na cukier po zażyciu kwasu salicylowego, chloroformu, kwasu będźwinowego, terpentyny, kamfory oraz wodanu chloralu. Rozstrzygające znaczenie posiada próba fermentacyjna, dodatnia tylko w razie obecności cukru. Również kwas homogentyzynowy, występujący w należącej do rzadkości alkaptonurii, daje dodatni wynik próby na cukier, co może przyczynić się do błędnego rozpoznania cukrzycy. Również bez znaczenia jest powstający często na podłożu dziedzicznym cukromocz nerkowy, niezależny od diety, przebiegający z prawidłowym poziomem cukru we krwi. Niekiedy jednak można spostrzegać przejście w prawdziwą cukrzycę. Podobnie jak cukromocz nerkowy należy oceniać cukromocz pojawiający się w czasie ciąży. U kobiet karmiących nierzadko dochodzi do laktozurii, którą można wziąć omyłkowo za prawdziwą cukrzycę; sprawa ustępuje jednak wraz z zaprzestaniem karmienia. „Cukromocz włóczęgów“ zja-

wia się po pierwszym obfitszym posiłku u ludzi na wpół zagłodzonych. — Cukromocz pokarmowy obserwować można u zdrowych po spożyciu 150 g glukozy, 100 g lewulozy lub 40 g galaktozy. — Również lewulozurię można pomylić z cukrzycą; stanowi ona jednak rzadkie zaburzenia przemiany materii. *Hoff* donosi o pewnej kobiecie dotkniętej omawianą anomalią; pacjentka ta od 8 lat przebywała na diecie cukrzycowej, ponadto zaś otrzymywała zbędne wstrzykiwania insuliny. Cukromocz objawowy stwierdzić można w krwawieniach wewnątrzczaszkowych, prowadzących do utraty przytomności; stan ten może być niekiedy wzięty za śpiączkę cukrzycową. Tego rodzaju cukromocze występują również w zatruciu CO, zapaleniu mózgu, napadach epileptycznych, złamaniu podstawy czaszki oraz wstrząsie mózgu. Objawowe wydzielanie cukru w moczu może być spowodowane również zawałami mięśnia sercowego, chorobą Basedowa i tyreotoksykozą. Tyreotoksykozę można usunąć przy pomocy diety mleczno-jarzynowej, spokoju oraz Prominalu. Równocześnie ustępuje cukromocz. W tak zwanej „wyleczonej cukrzycy" mamy najczęściej do czynienia ze zniknięciem jednego z wymienionych cukromoczów objawowych.

Dr Hoff,
Poliklinika Lekarska, Würzburg.
(Med. Klin. 1939, Nr 27)

Diureza i bursitis.

Od półtora roku cierpiałem na urazowe zapalenie kaletek maziowych lewego stawu łokciowego. Wytworzył się guz nieomal wielkości jaja kurzego. Po bezskutecznym wypróbowaniu prostszych sposobów leczniczych (pędzlowanie nalewką jodową oraz leczenie falami krótkimi), w dniu 29. maja 1939 wstrzyknąłem sobie do kaletki maziowej 1 cm³ Salyrganu, aspirując uprzednio około 20 cm³ zawartości guza. Spodziewałem się, że zabieg ten wywoła wreszcie pożądany skutek. Początkowo w tym samym dniu wystąpiło silne działanie moczopędne, w ciągu zaś dalszych 8 dni kaletka maziowa osiągnęła swą zwykłą wielkość. Następnie, wśród miernych bólów, obrzęk zaczął się stopniowo zmniejszać i obecnie kaletka maziowa jest już zupełnie prawidłowa. Doświadczenie moje stoi poniekąd w zgodzie z wynikami uzyskanymi przez *Petty'ego* (Brit. med. Il. 1938, nr 4061) w obrzękach pochodzenia urazowego. Pomyślny wynik, który udało mi się osiągnąć po jednorazowym wstrzyknięciu 1 cm³ Salyrganu, przypisuję wyłącznie użytemu lekowi. Uważam za bezwzględnie wskazane sprawdzenie mych spostrzeżeń na większym materiale chorych.

Dr Karl Cluss, Ludwigsburg.

O leczeniu zapalnego zesztywnienia kręgosłupa.

W zesztywnieniu kręgosłupa na tle choroby Bechterewa próbują stosować Pyramidon, wywierający wpływ przeciwzapalny oraz leczący zakażenie ogniskowe. Zamiast Pyramidonu można używać również Melubryny lub Novalginy. Spośród środków bodźcowych poleca się próby stosowania przetworów proteinowych oraz złotowych. Również Paragen (2 cm³ co 2. dzień, 8 wstrzykiwań domięśniowych) zdaje się wpływać pomyślnie.

Dr F. Kuhlman,
Klinika Wewn. w Halle n. S.
(Ther. Ggwt. 1939 Nr 9)

W y d a w c a: »Bayer« -P H A R M A
W a r s c h a u, u l. Z ł o t a nr 7. S k r z y n k a p o c z t o w a nr. 748.
C e n a p r e n u m e r a t y r o c z n e j zł 6, p ó ł r o c z n e j zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.



W upławach

DEVEGAN

Niezwykle skuteczny również w rzęsistkowym zapaleniu pochwy.

Celem leczenia DEVEGANEM jest usunięcie drobnoustrojów patologicznych oraz wytworzenie w błonie śluzowej pochwy dużych zapasów glikogenu, stanowiącego pożywkę dla prawidłowej flory pochwowej



Ceny obniżone

Opakowania oryginalne: z 15 i 30 tabletkami

T R E Ś Ć:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: